Aus der Königl. Chirurgischen Klinik zu Breslau.
(Direktor: Medizinalrat Professor Dr. Küttner).

Beiträge zur serologischen Syphilisreaktion bei chirurgischen Erkrankungen.

Inaugural-Dissertation

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Königl. Universität Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

vorgelegt von

Otto Gerhard Thilenius
aus Bad Soden am Taunus.

ACAD. MED. BAT. BIBL.

Breslau 1910.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

Referent: Professor Dr. Küttner.

Die Veranlassung zu nachstehender Arbeit waren die mancherlei sich teilweise widersprechenden Ansichten über den praktischen Wert der Wassermann-Neißer-Bruck'schen Serumdiagnose bei Syphilis aus der jüngsten Zeit, wie sie besonders beim Vergleiche der Verhandlungen des Berliner Verein für innere Medizin 1909 (2) und der der Berliner med. Gesellschaft 1910 (6) zutage treten.

Es lag nahe, von neuem Untersuchungen anzustellen über die praktischen Erfahrungen, die z. B. in der jüngsten Zeit in der hiesigen Königl. Chirurgischen Klinik (Direktor Medizinalrat Prof. Dr. Küttner) mit Serumdiagnose gemacht wurden. So sind in folgendem 96 Fälle von Serumdiagnosen zusammengestellt, die in der Zeit vom 12. Oktober 1908 bis 4. Dezember 1909 in der hiesigen chirurgischen Klinik oder Poliklinik ausgeführt wurden.

Die serologischen Untersuchungen sind sämtlich in der hiesigen Königl. Hautklinik (Geh. Rat Prof. Dr. Neißer) angestellt.

Der besseren Übersicht wegen sind die 96 untersuchten Fälle zunächst in der nachstehenden Tabelle geordnet.[1])

---

[1]) Die einzelnen Krankengeschichten sind, je nach ihrer Wichtigkeit ausführlich gewürdigt, am Schlusse der Arbeit mitgeteilt.

Lfd. Nr.	Name	Alter	Klin. Diagnose	Lues-anamnese	Serum-reaktion	Epikrise
1	F. H.	20	Gummi tibiae	0	0	Infiz. Wunde
2	Ernst H.	56	Ca. oesoph.	0	+	Ca. oesoph.
3	Artur W.	10	Concretio pharyng.	0	+	Concr. ph. luetica
4	Paul J.	20	Ulcus crur. sin.	0	0	Ulc. crur. sin.
5	Michalina J.	22	Ulcus ling. tbc.	0	+	Ulc. luetic.
6	Oskar T.	30	Spondylitis gumm.	0	0	Spondylitis tbc.
7	Eduard T.	35	Ulcus menti	0	0	
8	Frau R.		Osteomyelitis? Gumm.?	0	+	Gummata
9	Oskar G.	20	Gonitis dupl.	0	0	
10	Josef K.	31	Ca. linguae	0	0	Ca. linguae
11	Wilhelm Sch.	16	Ulcus tonsillae	0	0	Sarcoma
12	Julius T.	55	Psoriasis buccalis (?)	0	0	Ca. veli pal. et phar.
13	Richard B.	29	Lues II	0	+	
14	Gustav F.	40	Lues cerebri? Hemipl. arteriosk.?	0	0+*)	Lues cerebri
15	Michalina R.	40	Gummi frontis	+	0	
16	Anton K.	44	Gumma? Sarkom (?) des Fußgelenks	0	0	Spindelzellensarkom
17	Frau Y.		Leukoplakie	+	+	
18	Ernestine B.	17	Gumma? Sarkoma? ulnae	0	0	Rundzellensarkom
19	August K.	57	Gummi tib. dext.	+	+	Gummi
20	Jakob G.	42	Spontan-Gangrän	0	0	Arteriosklerose
21	Anna P.	53	Synechia palati (Lues?)	0	+	Lues
22	Herr M.	25	Hydrops genu dupl. (Lues?)	0	+	Lues
23	Julia D.	42	Ca. nasi (Tbc.?)	0	0	Ulcus nar. syph.?
24	Alfred K.	5	Arthritis pedis tbc.	0	0	
25	August T.	28	Hodentumor	0	0	Tbc.
26	Martha H.	13	Gonitis	0	0	Tbc.
27	Johanna Sch.	55	Ca. pedis? Lues?	0	0	Ca.
28	Josepha M.	36	Nephritis? Tumor?	0	+	Nephr. luetica
29	Anna R.	25	Arthritis cubiti	0	0	
30	Marie R.	35	Hygroma tendin.	0	+	Hygroma
31	Pauline L.	64	Gummata faciei	0	+	Gummata
32	Lydia R.	33	Periostitis (luetica?)	0	0	Periostitis
33	Martha W.	25	Arthritis genu (L.-Verdacht)	0	0	Arthritis

*) Blut negativ.
Lumbalpunctat positiv.

Lfd. Nr.	Name	Alter	Klin. Diagnose	Lues-anamnese	Serum-reaktion	Epikrise
34	Pauline A.	34	Tbc. supraorbit.	0	0	Tbc.
35	Anna M	31	Gumma?	+	0	Ca.
36	Karl H.	48	Gummi fibulae	+?	0	Ulcus syph. cruris
37	Alfred Sch.	36	Gonitis chron. tbc.? Lues?	+	+	Klin. unentschieden
38	Paul Sch.	17	Spondylitis	0	0	Spondylitis
39	W. H.	31	Neurasthen. Magen-beschwerden	0	+	Neurasth. auf luet. Grundlage
40	Karl R.	50	Ulcus antibr. gumm.	+	+	
41	G. v. F.	40	Ca. d. Mundbodens	0	0	Ca.
42	Julius P.	50	Bauchbruch	0	0	Hernie
43	Anna M.	53	Ulcus cruris	0	0	vielleicht Lues
44	Berta K.	31	Ulcus cruris	0	0	Ulcus cruris
45	Anton K.	62	Ca. auriculae sin.	0	0	Ca.
46	Eveline S.	38	Coxitis luetic. u. Sarc. antibrachii	0	+	Lues u. Fibro-sarcom
47	Willi B.	20	Gumma? Sarkom?	0+	+	Rundzellensarkom
48	Anna F.	49	Tbc. genu? Gumma?	0	+	Weichteil-Tbc.
49	Luise H.	44	Ca. recti	0	0	Ca.
50	Anna G.	42	Ca. col. ascend.	0?	0	Ca.
51	Stud. R.	23	Gonarthritis	0	0	Gonarthritis haemorrh.traumatic.
52	Franz G.	40	Tumor thoracis	0	0	
53	Marie K.	26	Periostitis	0	0	
54	Valeska K.	31	Gumma antibr.	0	+	Gumma
55	Heinrich F.	54	Ca. linguae?	0?	0	Ca.
56	Paul R.	23	Orchitis (luetic.?)	0	0	Orchitis, Epididy-mitis
57	Amalie B.	30	Ulcus crur. varic.	0	0	
58	Coelestine J.	43	Ca. linguae	0	0	Chron. Entzünd.
59	Karoline Sch.	50	Gumma sternocleidomast. od. Tbc.	+?	+	Unentschieden
60	Hermann R.	54	Gumma? Tbc.? linguae	0	0	Tbc.
61	Taube W.	29	Osteomyelitis ulnae	0	0	Osteomyelitis
62	Max E.	38	Dolores osteokopi	+	+	
63	Susanne B.	70	Ca. antri High.	0	0	Ca.
64	Katharine K.	72	Ulcera cruris	0	0	
65	Martha L.		Proktitis gonorrh.	0	0	
66	Erna L.		Tochter von 65	0	0	
67	Berthold L.	61	Orchitis luetica	+	+	Lues

Lfd. Nr.	Name	Alter	Klin. Diagnose	Luesanamnese	Serumreaktion	Epikrise
68	Robert P.	49	Ulcera tbc. perinei	0	0	Tbc.
69	Anton P.	53	Branchiog. Ca.	0	0	Sark. colli
70	Wladislaus K.	30	Hemiplegia	+?	+	Hemipl. luetic.
71	Emilie N.	20	Ulcus tonsillae	0	0	Tbc.
72	Johannes M.	55	Hepatitis interst. u. ling. geograph.	+	+	Lues
73	Wilhelm Sch.	21	Milztumor (Banti)	0	0	
74	Otto V.	37	Hepatitis interst.	0	+	
75	Pauline Sch.	45	Tumor occipit. (Gummi?)	0	+	Gummi
76	Anna K.	28	Tbc. cost. oder Gummi	0	0	Tbc.
77	Martha Pf.	46	Halsdrüsen-Tumor	0	+	Gummi sternocl.
78	Johann W.	36	Ulcus cruris	0	+	Ulc. crur. luetic.
79	Emma B.	15	Sark. humeri? Osteomyelitis?	0	+	Lues
80	Emma J.	19	Lues-Verdacht b. Amme	0	0	
81	Pauline P.	42	Tbc. od. Gumma sterni	0	+	Gumma
82	Ernst H.	43	Ulcus cruris	0	0	
83	Albertine J.	59	Ulcus cruris	0	0	
84	Anna M.	60	Ulcus tempor. (Gumma?)	0	0	
85	August H.	55	Tumor linguae	0	0	Dermoid
86	Else Sch.	22	Tumor cost. II. dext.	0	0	Tumor musc. pect. (Fibroma?)
87	August W.	37	Ling. geograph.	0	0	
88	Leopold O.	17	Enchondrome	0	0	Spin. vent.
89	Josepha Sz.	45	Ca. labii sup.	0?	0	Ca.
90	Arthur Sch.	10	Sarkom? Periostitis chronica?	0	0	Angiom
91	Anton Gr.	48	Ca. lab. sup.	0	0	Tbc.
92	Rifke R.	37	Tibia-Gummi (?)	0	+	Gummi
93	Anna H.	33	Periostitis luetic.	0	+	Lues
94	Karl Sp.	46	Tumor? Lues? d. Fußgelenks	0	0	Tbc.
95	Karl St.	28	Traumat. Knieerguß	0	00*)	
96	Paul St.	57	Sarkom d. Gaumens	0	0	Spindelzellensarkom

*) Blut sowie Punctionsflüssigkeit negativ.

Von den vorstehenden 96 Fällen ist zunächst zu bemerken, daß 83 (86,45%) im Ausfall der Reaktion bei nunmehriger kritischer Würdigung den auf das klinische Bild gestützten Erwartungen durchaus entsprechen. Inwieweit die übrigen 13 eine Ausnahme machen, wird unten mitgeteilt werden. Unter jenen 83 unbedingten „Treffern" sind 24 klinisch sichere Luesfälle (zugleich mit positiver Serumreaktion) und 59 klinisch sicher nicht luetische Patienten (zugleich mit negativer S.-R.).[1])

Bei einer Anzahl dieser Fälle bestätigte die Serumreaktion nur die bereits gestellte klinische Diagnose oder stützte sie wesentlich. Bei einer größeren Zahl indes stand sie zunächst der klinischen Diagnose entgegen, lenkte auf neue Gesichtspunkte, die manchmal die Diagnose völlig änderten, und war so vielfach für die Therapie und das Wohl des Patienten ausschlaggebend. Gerade derartige Fälle sind geeignet, den Wert der Serodiagnosen zu zeigen und vor übertriebener Skepsis zu warnen.

Schon Fall 1 ist in diesem Sinne lehrreich, bei welchem ohne S.-R. auf Grund des klinischen Befundes sicherlich eine antisyphilitische Kur eingeleitet worden wäre. Mehr noch schützte bei Fall 35 die S.-R. vor einem verhängnisvollen Irrtume. Bei der 31jährigen verheirateten Patientin bestand seit 8 Monaten am Labium majus ein ulzerierender Knoten, der klinisch ganz das Bild eines in Zerfall begriffenen Gummas bot. Dieses erschien um so wahrscheinlicher, als der Hausarzt nach Aussage der Patientin vor 2 Jahren Syphilis und „Roseolen" konstatiert hatte. Der negative Ausfall der S.-R. veranlaßte zu einer Probeexzision, die Plattenepithel-Ca. lieferte und dadurch eine rechtzeitige Operation ermöglichte.

Dasselbe finden wir in No. 55. Hier begegnet uns in der Anamnese ein „Ausschlag", der in Verbindung mit der klinisch gummaverdächtigen Zungengeschwulst als Lues

[1]) Die Nummern der betreffenden Fälle sind auf S. 14 zusammengestellt.

gedeutet wird. Dem widerspricht ein negativer Ausfall der S.-R. Es wird eine Probeexzision gemacht mit dem Resultate des Ca.

Wie sehr überhaupt die Serumreaktion der Anamnese überlegen ist, wurde bereits von Coenen (3) festgestellt und von anderer Seite vielfach bestätigt.

Ganz instruktiv ist auch in diesem Sinne Fall 79, bei dem die Anamnese eine luetische Erkrankung sehr unwahrscheinlich machte. Auch sonst fanden sich keinerlei Anzeichen einer solchen. Der spindelförmig aufgetriebene Oberarm mit der fest auf dem Knochen sitzenden Geschwulst ließ ein Sarkom vermuten. Die Probeexzision deutete auf Tbc. Erst die pos. S.-R. in Verbindung mit einem verdächtigen Röntgenbilde veranlaßte zu (erfolgreicher) Jodkalibehandlung.

Sehr ähnlich lag Fall 5, bei dem der ursprüngliche Gedanke an Lues in Anbetracht der histologischen Diagnose einer Tbc. fallen gelassen wurde. Erst der pos. Ausfall der S.-R. veranlaßte eine zweite Probeexzision mit dem Resultate des Gumma. Wie schwer mitunter die histologische Unterscheidung der Tbc. und des Gumma ist, ist ja hinreichend bekannt und auch von Coenen (3) betont.

Umgekehrt führte in Fall 11 und 12 die negative Serumreaktion zur Diagnose eines Tumors, wenn auch anzunehmen ist, daß schließlich diese Diagnose auch ohne Serumreaktion gestellt worden wäre.

In den Fällen 71 und 77 wurde lediglich auf Grund des Ausfalls der Serumreaktion die Diagnose geändert bezw. offen gelassen, was der weitere Verlauf rechtfertigte.

Von Interesse für die Frage der luetischen Ätiologie des Zungen-Ca., wie sie besonders von A. Cooper angenommen wird, sind die beiden Fälle 10 und 55. Das Resultat ist ein negatives, dasselbe Ergebnis, zu dem auch Coenen bei 5 untersuchten Fällen (3) gekommen ist.

Erwähnenswert sind ferner die vereinzelten Fälle von Leukoplakie und Spontangangrän. (20 u. 17.) Die Leukoplakie ist nach Anamnese und Ausfall der S.-R. als sichere

Lues anzusprechen, während bezüglich des Falles von Spontangangrän das Gegenteil anzunehmen ist.

Auch in anderer Hinsicht lehrreich ist No. 14, ein 40jähriger Hemiplegiker, bei welchem weder Anamnese noch Status irgendwelche Anhaltspunkte für Lues oder Arteriosklerose boten. Ein negativer Ausfall der Serumreaktion machte Lues zunächst unwahrscheinlich. Da findet sich jedoch im Lumbalpunktat positive Reaktion, womit die Diagnose Lues cerebri fast sicher war. Man beginnt sofort mit Hg-Injektionen, die jedoch den Exitus nicht aufhalten können. Dieser tritt nach zeitweiliger Besserung ganz plötzlich ein und die Sektion ergibt Ruptur der Arteria basilaris, die das typische Bild der Gefäß-Lues bietet. Lehrreich auch in anderem Sinne ist dieser Fall durch das verschiedene Reagieren des Blutes und der Lumbalflüssigkeit, eine keineswegs seltene Erscheinung, die häufig dazu führte, der Serumreaktion mit Unrecht ihren Wert abzusprechen, wenn die Untersuchung des Lumbalpunktates unterlassen war.

Diese Versuchung liegt aber um so näher, als von Citron (22) darauf hingewiesen wurde, daß gerade bei Lues cerebri (umgekehrt wie bei Paralyse) das Lumbalpunktat negativ, das Blutserum aber positiv reagiert. Im Gegensatze hierzu zeigt der vorliegende Fall, daß es mindestens Ausnahmen von dieser Regel gibt und die Untersuchung sowohl des Serums wie des Blutes in zweifelhaften Fällen unbedingtes Erfordernis ist.

Bezüglich der Blutreaktion gehört obiger Fall allerdings zu den „Versagern“ und reiht sich somit den nunmehr zu besprechenden 13 Fällen an, bei denen der Ausfall der Reaktion auch bei kritischer Betrachtung fürs erste verwundert. Es sind zunächst Fall 2, 30, 47 und 48, bei denen die zu behandelnde Erkrankung sich als sicher nicht luetisch herausgestellt hat, während die S.-R. jedesmal deutlich positiv war. Sehr naheliegend ist die Erklärung, daß hier eben neben der andersartigen Erkrankung noch eine momentan klinisch nicht nachweisbare (bei 47 sogar

nachgewiesene) Lues vorgelegen hat, da ja die Reaktion keine örtliche, sondern allgemeine ist, wie von den Autoren selbst gleich bei Bekanntgeben der Reaktion und später von Fischer und Meier (12) betont wurde.

Und diese Erklärung der 4 Fälle dürfte zutreffen. Schon von Lesser (4) ist darauf hingewiesen, wie außerordentlich häufig dem systematisch mit der S.-R. untersuchenden Kliniker Fälle begegnen, bei denen der positive Ausfall der Reaktion falsch zu sein scheint und als „Versager" gerechnet wird: Jegliche Infektion wird verneint, der Patient kann sich nicht erinnern, je irgend welche krankhaften Erscheinungen gehabt zu haben, bis dann plötzlich ein tertiäres Syphilid der Haut hervorbricht und beweist, daß die ursprüngliche Reaktion vollkommen richtig angezeigt hatte, und eine Art „kryptogenetischer" Lues vorgelegen hat. In Anbetracht der enormen Häufigkeit solcher tertiärer Syphilide bei bislang ganz gesunden Leuten mit negativer Anamnese mahnt schon Lesser (4) auf Grund seiner Untersuchungen zur größten Vorsicht bei der Beurteilung einer scheinbar falsch ansagenden positiven Reaktion.

Bei Fall 2 könnte man auch an die von E. Weil beschriebene „Tumorreaktion" denken. Leider bleibt diese Frage unentschieden, da damals die feineren Unterscheidungsmethoden dieser Reaktion, wie sie Citron (23) angibt, noch nicht bekannt waren. Heute wäre man in der Lage, durch feine serologische Kontrollprüfungen eine etwaige Tumorreaktion als solche zu erkennen.

Bemerkt sei noch, daß bei den vorstehenden 4 Fällen andere Erkrankungen, bei denen gelegentlich eine positive Reaktion beobachtet wurde (Scarlatina, schwerer Diabetes, Vaccination, Narkose), sicher auszuschließen waren. Auch sind derartige Beobachtungen immer seltener geworden, nachdem man die schon von Blaschko (5) ausgesprochene Vermutung, daß es sich hier nur um ähnliche (nicht identische) Reaktionen handelt, bestätigt gefunden hat. Ist es ja neuerdings auch Sobernheim (7) gelungen, durch

Verwendung verschiedener Extrakte und durch die Forderung, nur bei positiver Reaktion aller Extrakte einen positiven Ausfall zu verzeichnen, die Leichenserumreaktion von Fränkel-Much (16) und andere nicht spezifische von der spezifischen Syphilisreaktion fast ganz zu trennen.

Ehe man an wirkliches Versagen der Reaktion, wie bei den oben erwähnten Fällen denkt, müssen ferner jedenfalls noch die vielen Faktoren berücksichtigt werden, die bei einer solchen Untersuchung mitsprechen; von der Reaktion ganz abgesehen. (So z. B. die erwähnte gelegentlich fast unmögliche Unterscheidung von Tbc. und Lues im histologischen Bilde.) Und ob man so vereinzelten Fällen überhaupt eine beweisende Kraft zusprechen darf, erscheint fraglich.

Zu ferneren Versagern im weiteren Sinne aus der Gruppe der 13 gehören No. 23 und 36 (und in gewissem Sinne der erwähnte Fall 14, bei dem nur die Reaktion des Lumbalpunktates im Gegensatz zu der des Blutes den Erwartungen entspricht). Diese 3 Fälle wurden nach dem klinischen Bilde als Lues diagnostiziert, die Serumreaktion war jedoch negativ.

Bei 23 wurde die klinische Diagnose durch die histologische Untersuchung gestützt, bei 36 durch Anamnese und Erfolg der antiluetischen Behandlung. Bei Fall 14 wurde, wie oben erwähnt, die Lues sogar durch die Sektion einwandfrei bewiesen und zeigte sich trotzdem nur im Lumbalpunktate.

Dabei ist zu bemerken, daß bei keinem der Fälle eine Knochensyphilis vorgelegen hat, bei der Blaschko (5) ein relativ häufiges Versagen der Reaktion gesehen hat. Immerhin ist ja ein negatives Resultat der S.-R. bei sicher vorhandener Lues keine Seltenheit, sodaß viele Autoren dem negativen Ausfall nur sehr wenig beweisende Kraft zusprechen. Und wenn jetzt nach Sobernheims Vorschlag (7) für ein wirklich positives Ergebnis ein positives Reagieren von drei verschiedenen Extrakten gefordert wird, so werden sich die negativen und zweifelhaften Reaktionen noch häufen.

Es bleiben noch 6 Fälle (15, 37, 39, 43, 59, 74) übrig, bei denen eine klinische Diagnose nicht mit Sicherheit gestellt werden konnte, die aber alle mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit als Lues anzusprechen sind. Vier von ihnen (37, 39, 59, 74) zeigten auch positive Reaktion und wären noch den oben erwähnten 83 „Treffern" hinzuzureihen, die somit auf 87 wachsen und eine Sicherheit der Serumreaktion von 90,62% ergeben würden.

Im Gegensatz hierzu zeigen die beiden Fälle 15 und 43 eine negative Reaktion. Sie seien, trotzdem Lues keineswegs sicher gestellt ist, zu den Versagern gerechnet, da es in zweifelhaften Fällen empfehlenswerter ist, zuungunsten als zugunsten einer Reaktion von so weittragender Bedeutung für den Patienten zu rechnen.

Somit würden die Versager im ganzen auf 9 Fälle (2, 30, 47, 48, 14, 23, 36, 15, 43), das sind 9,3%, steigen, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, daß hierunter auch die 4 positiven Fälle 2, 30, 47 und 48 einbezogen sind, bei denen die zu untersuchende Erkrankung keine Lues, eine sonstige Lues jedoch immerhin nicht ausgeschlossen, bei einem (47) sogar erwiesen war. Zieht man sie ab, so würden die Versager 5 (5,2%) betragen. Wenn wir bei den übrigbleibenden 5 Fällen die Lues ohne Ausnahme als sicher erwiesen betrachten, so sind sie allerdings auch totale Versager, denn bei keinem kann die Lues als ausgeheilt angesehen werden, vielmehr stützt sich die Diagnose gerade auf die durch sie hervorgerufenen klinischen Erscheinungen.

Fassen wir die Resultate vorstehender Untersuchungen zusammen, so ergibt sich:

1. Die Serumreaktion erweist sich in zahlreichen Fällen von so außerordentlich praktischem Nutzen, daß ihre Unterlassung in zweifelhaften Fällen geradezu als ein Kunstfehler bezeichnet werden muß.

2. Bei den 96 vorliegenden Fällen ergab sie sichere Resultate in 90,62% und versagte in 5,2% (bezw. 9,3%).

Literatur.

1. Wassermann-Neißer, Kongr. f. inn. Med. Münch. med. Wochenschr. 1908 No. 17.
2. Verein f. inn. Med., Berlin 1909 (Lesser, Blaschko). Dtsch. med. Wochenschr. 1909 No. 9.
3. Coenen, Habilitationsschrift, Breslau 1908.
4. Lesser, Ergebnisse der Serodiagnose. Dtsch. med. Wochenschr. 1909 No. 9.
5. Blaschko, Klinische Verwertung der Serodiagnose. Dtsch. med. Wochenschr. 1909 No. 9.
6. Freudenberg, Berliner med. Gesellsch. 1910. Berliner klin. Wochenschr. 1910 No. 26.
7. Sobernheim, Organisation der Serodiagnostik. Berliner klin. Wochenschr. 1910 No. 29.
8. Sachs u. Altmann, Berliner klin. Wochenschr. 1908 No. 14.
9. Beneke, Berliner klin. Wochenschr. 1908 No. 15.
10. Porges u. Meier, Berliner klin. Wochenschr. 1908 No. 15.
11. Sachs u Altmann, Berliner klin. Wochenschr. 1908 No. 10.
12. Auer, Berliner klin. Wochenschr. 1908 No. 17.
13. Fischer u. Meier, Dtsch. med. Wochenschr. 1907 No. 52.
14. Zeißler, Berliner klin. Wochenschr. 1908 No. 42.
15. Med. Gesellsch. Leipzig (Löhlein, Riecke), Berliner klin. Wochenschr. 1908 No. 48.
16. Fränkel u. Much, Münch. med. Wochenschr. 1908 No. 48.
17. Dieselb. Berliner klin. Wochenschr. 1908 No. 50.
18. Seligmann, Berliner klin. Wochenschr. 1907 No. 32.
19. M. Wassermann u. Meier, Dtsch. med. Wochenschr. 1907 No. 32.
20. A. Wassermann, Zentralblatt f. Chirurgie 1909 S. 337.
21. Derselbe. Wiener Klin. Wochenschr. 1908 No. 21.
22. Berliner med. Gesellsch., Berliner klin. Wochenschr. 1910 No. 26.
23. Citron, Berliner klin. Wochenschr. 1910 No. 26.
24. Schütze, Dtsch. Zeitschr. für Chirurgie Bd. XCV S. 13.
25. Derselbe. Zentralblatt f. Chirurgie 1909 S. 361.
26. Morestin, Behandlung der Leukoplakie. Zentralblatt für Chirurgie 1909 S. 146.

A. Den Erwartungen bei kritischer Würdigung entsprechen:

I. Klinisch sichere Lues (24)	3. 5. 8. 13, 17, 19, 21, 22, 28, 31, 40, 46, 54, 62, 67, 70, 72, 75, 77, 78, 79, 81, 92, 93.
II. Klinisch sicher nicht Lues (59).	1, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 16, 18, 20, 24, 25, 26, 27, 29, 32, 33, 34, 35, 38, 41, 42, 44, 45, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 71, 73, 76, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 94, 95, 96.

B. Gegen die Erwartungen:

I. Die zu behandelnde Erkrankung war nicht luetisch, aber S.-R. positiv (4)	2, 30, 47, 48.
II. Trotz luetisch. Erkrankung negative S.-R. (3) . . .	14, 23, 36.
III. Klin. unentschieden, aber wahrscheinlich Lues	
a) positive Reaktion (4).	37, 39, 59, 74.
b) negative Reaktion (2).	15, 43.

1. F. H. 20 Jahre. Studiosus.

Infizierte Wunde am linken Unterschenkel.

Langsam entstandene Ulzeration unterhalb des Knies. Infiltration des umgebenden Gewebes. Kaum verschieblich.

Klinische Diagnose: Gummi tibiae (?).

Serumreaktion jedoch negativ.

Heilt unter einfachen Verbänden.

2. Ernst H. 56 J. Lokomotivführer.

Ca. oesoph.

Luesanamnese fehlt. Seit 5 Wochen Schluckbeschwerden. Sonde trifft in 19 cm auf Hindernis. Probeexzision ergibt sicheres Plattenepithel-Ca. Serumreaktion positiv!

3. Arthur W. 10 J.

Concretio pharyng.

Seit einem Jahr Schnarchen und nasale Sprache.

Luesanamnese absolut negativ. Es findet sich völlige Verwachsung des Gaumensegels mit hinterer Rachenwand. Serumreaktion (positiv) sichert die Diagnose einer luetischen Ätiologie.

Operation: Loslösung der Verwachsung und Tamponbehandlung; geheilt entlassen.

4. Paul J. 20 J. Artist.

Ulcus cruris. sin.

Ausgedehnte Ulzeration am linken Unterschenkel. Luesanamnese negativ. Serumreaktion desgl.

Heilung.

5. M. J. 22 J. Landarbeiterin.

Ulcera syph. oris et. pharyng.

Seit 8 Tagen Schluckbeschwerden und Geschwür auf Zunge bemerkt. Infektion negiert. Pathologische Diagnose lautet bei erster Probeexzision auf Tuberkulose. Positiver Ausfall der Serumreaktion veranlaßt zur Revision und 2. Exzision, die gummöse Entzündung mit Langhans'schen Riesenzellen ergibt. Auch der Tierversuch schließt Tbc. aus; desgl. weiterer klinischer Verlauf.

6. Oskar T. 30 J. Arbeiter.

Spondylitis.

Langsam entstandener Gibbus. Ohrenklinik hatte Luesverdacht. S.-R. indes negativ. Lungenbefund und klinischer Verlauf sprechen für Tbc. und schließen Lues aus.

7. Eduard T. 35 J.

Ulcus menti.

Geschwür am Kinn, das längere Zeit besteht. S.-R. negativ. Geheilt entlassen.

8. Frau R.

Gummata tibiae.

An beiden Beinen Verdickungen und Schmerzen in Knochen und Gelenken. Klinisch stehen Osteomyelitis und Gummata in Differentialdiagnose. Luesanamnese negativ. S.-R. positiv. Dieser Ausfall läßt Jodkalibehandlung einleiten, die die Beschwerden hebt.

9. Oskar G. 20 J. Ausschänker.

Gonitis duplex.

Erguß in beiden Knien, die Doppelseitigkeit läßt an Lues denken. Anamnese negativ, S.-R. desgleichen. Weitere Beobachtung nur kurze Zeit möglich, doch Lues sehr unwahrscheinlich.

10. Josef K. 31 J. Gastwirt.

Ca. linguae.

Seit einem halben Jahr Geschwür am rechten Zungenrande. Infektio negatur. S.-R. ist negativ. Probeexzision ergibt sicheres Ca.

Operation und Heilung.

11. Wilhelm Sch. 16 J.

Sarkoma tonsillae.

Seit 4 Wochen wächst Geschwulst im Rachen, die beständig zunimmt und ulzeriert. Es besteht Luesverdacht. S.-R. negativ. Inzwischen hat auch Probeexzision sicheres Sarkom ergeben, welches mit temporärer Resektion des Unterkiefers operiert wird. Sehr bald inoperabele Rezidive.

12. Julius T. 55 J. Fabrikwächter.

Ca. veli palat. et phar.

Seit 2 Monaten Gefühl von Wundsein im Gaumen. Hatte schon vorher zweimal Geschwüre im Munde, die exzidiert wurden und heilten. Die jetzige Erkrankung führt zu Schluckschmerzen. Am rechten vorderen Gaumenbogen und Wangenschleimhaut kleine Geschwüre. Klinisch steht das Bild der Psoriasis buccalis am nächsten. S.-R. neg. Erste Probeexzision liefert Diagnose: Chron. Entzündung, zweite: Karzinom. Operation. Exitus durch Embolie.

13. Richard B. 29 J. Fuhrwerksbesitzer.

Lues II.

Zahlreiche Geschwüre am Kopf, Gesicht, Oberkörper, die in Verbindung mit Paronychia multiplex, Psoriasis in Handflächen und Fußsohlen, Condylomen am Anus, Gaumengeschwüren sofort den Verdacht der Lues II erregen. Anam. absolut neg. S.-R. pos. Erfolgreiche Hg-Behandlung.

14. Gustav F. 40 J. Sekretär.

Lues cerebri, Hemiplegie.

Seit 4 Wochen unvollkommene rechtsseitige Lähmung, die sich allmählich bessert. Rechtsseitiger Kopfschmerz. Temperatursteigerung. Infektio negatur. Für Arteriosklerose finden sich keine Anhaltspunkte. S.-R. im Blut neg., dagegen im Lumbalpunktat pos.

Einleitung von Hg-Injektionen. Plötzlicher Exitus.

Sektion ergibt Ruptur der luetisch veränderten Arteria basilaris.

15. Michalina R. 40 J.

Gumma frontis.

Zeigt an der Stirn ein klinisch typisches Gumma. Die Anam. ist unsicher, aber macht Lues wahrscheinlich. S.-R. ist jedoch neg.

Pat. entzieht sich weiterer Behandlung.

16. Anton K. 44 J. Knecht.

Kapselsarkom des Fußgelenks.

Bemerkte seit $^1/_2$ Jahr am linken inneren Knöchel kleine Warze, die sich aufscheuerte und vergrößerte. Jetzt besteht

kinderfaustgroße Geschwulst, fest auf Unterlage. Höckrige leicht blutende Oberfläche mit kraterförmigem Zerfall.

S.-R. neg.

Probeexzis.: Spindelzellensark. Erfolgreiche Operation. Bis jetzt rezidivfrei.

17. Frau Y.

Leukoplakie.

Poliklinische Patientin mit deutlicher Leukoplakie.

Lues-Anam. macht L. wahrscheinlich. S.-R. pos. Über den Ausfall der Hg-Kur war leider nichts mehr zu erfahren.

18. Ernestine B. 17 J.

Rundzellensarkom der Ulna.

Im Verlauf des ganzen rechten Unterarmes spindelförmige Anschwellung, die auf ein vor einem Jahr erlittenes Trauma zurückgeführt wird. Über Lues ist nichts zu eruieren. Dennoch bleibt Gumma mit Tumor zunächst in Diff.-Diag., wenn auch Tumor wahrscheinlicher. S.-R. neg. Operation. Mikroskopische Untersuchung ergibt Sarcoma periostale alveolare.

19. August K. 57 J. Schlosser.

Gummi tib. dext.

Vor 8 Jahren Lues, seit 4 Jahren Beule am rechten Unterschenkel, die sich beständig vergrößerte. S.-R. pos. Jodkali mit Erfolg.

20. Jakob G. 42 J. Seifensieder.

Spontan-Gangrän.

Poliklinischer Pat. mit spontan entstandener Gangrän der großen Zehe. Lues-Anam. neg., S.-R. desgl. Diabetes ist auszuschließen. Arteriosklerose am wahrscheinlichsten, doch sind Arterien wenig rigide. Ungeklärt.

21. Anna P. 53 J. Handelsfrau.

Rupia alae nasi. Synechia palat.

Infektion entschieden negiert. Auch sonst in Anam. keine Anhaltspunkte für Lues. Der Befund (Ulzerationen und Verwachsungen in der Nase, am weichen Gaumen, der Rachenwand, Fehlen der Uvula), spricht jedoch entschieden für Lues, die durch pos. S.-R. und weiteren Verlauf bestätigt wird.

22. Herr M. 25 J. Hutmacher.

Hydrops genu duplex.

Seit 2 Jahren Schmerzen in beiden Knien, besonders links. Die Doppelseitigkeit ließ an Lues denken, obwohl anamnestisch nichts zu erfahren. Pos. S.-R. veranlaßt zu antisyph. Kur, die auch Erfolg zeigt.

23. Julia D. 42 J.

Ulcus nar. syph.

Seit 9 Monaten besteht im Anschluß an Kratzwunde auf Nasenrücken ein Geschwürchen, das jetzt 10 Pfg.-Größe hat. Ränder erhaben, in der Mitte borkige Erhebungen, unter denen ulzeröser Prozeß. Keine derbe Konsistenz. Anam. ergibt weder für Tbc. noch Lues Anhaltspunkte. S.-R. neg. Zunächst scheint demnach Ca. oder Tbc. am wahrscheinlichsten. Das Geschwür wird exzidiert und die mikroskop. Untersuchung ergab kein Zeichen von Tbc.

Ca. war sicher auszuschließen. Am ehesten sprach der Befund für Lues. In Heilung entlassen.

24. Alfred K. 5 J.

Arthritis pedis tbc.

Der poliklinisch behandelte Pat. zeigt das Bild einer tuberkulösen Gelenkerkrankung. Auch ein pos. Lungenbefund und der sonstige Habitus sprechen für Tbc. S.-R. neg.

25. August T. 28 J. Lohngärtner.

Hodentumor.

Pat. wurde poliklinisch behandelt. Der linke Hoden zeigte eine langsam entstandene harte Anschwellung, die ebenso wie sonstige Anam. nicht für Lues sprach.

S.-R. neg. Eine sichere Diagnose des Tumors war nicht möglich, da Pat. die Operation verweigerte.

26. Martha H. 13 J. Arbeiterkind.

Gonitis tuberculosa.

Angeblich seit erst 14 Tagen Anschwellung des rechten Knies, Schmerzen beim Auftreten, auch mit Rücksicht auf sonstigen Habitus erschien Tbc. am wahrscheinlichsten. S.-R. neg. Weitere Beobachtung nicht möglich.

27. Johanna Sch. 55 J.

Ca. pedis.

Schon vor 2 Jahren Geschwulst an kleiner Zehe, die operiert wurde und vor 5 Monaten wiederkam und rasch wuchs. Fünfmarkstückgroßes Ulcus an Steile der kleinen Zehe. Probeexzision ergibt Ca.

Operation verweigert, S.-R. neg.

28. Josefa M. 36 J. Schreibersfrau.

Nephr. luetica.

Seit 5 Jahren anfallsweise Schmerzen in rechter Nierengegend, die auf Trauma zurückgeführt werden. Schmerzen sind jetzt krampfartig, häufiger Harndrang. Anam. ergibt nur, daß Mutter lungenleidend war. Im Nacken Leukoderma. Die rechte Niere erscheint bei Palpation vergrößert. Cystoskopisch findet sich linksseitige Blasen-Tbc. S.-R. pos. Operation: Linke Niere ist normal, rechte Niere etwas vergrößert, im übrigen nur Bild der chronischen Entzündung. Nach Probeexzision vernäht. Diese zeigt nichts, was auf Tbc. schließen ließe, dagegen ist Lues wahrscheinlich. Jodkali. Entlassung in Heilung.

29. Anna R. 25 J. Dienstmädchen.

Arthritis cubiti sin., die auf Trauma zurückgeführt wird. S.-R. neg. Weitere Beobachtung nicht möglich.

30. Marie R. 35 J.

Hygroma tendinum.

Die poliklinisch behandelte Pat. zeigt an der linken Hand über der Sehne des ext. poll. long. eine Geschwulst, die sich bei der Operation als sicheres Hygrom erweist. S.-R. pos.

31. Pauline L. 64 J.

Gummata faciei.

Pat. zeigt das Bild von Gummata der Stirngegend. Infektio negatur. S.-R. positiv. Auf Jodkali Besserung.

32. Lydia R. 33 J. Schneiderin.

Periostitis clav. sin. traumat.

Vor 3 Monaten mit dem Arm an Schrank gestoßen; seitdem Schmerz. Leichte Verdickung am medialen Ende

der linken Clavicula. Zunächst Luesverdacht. S.-R. neg. Heilt ohne spezifische Behandlung.

33. Martha W. 25 J. Buffetfräulein.

Arthritis genu utriusque.

Seit 3 Monaten linkes, seit 2 Wochen rechtes Knie schmerzhaft, kein Trauma. Leichte Schwellung beider Kniee. S.-R. neg. Weitere Beobachtung nicht möglich.

34. Pauline A. 34 J. Arbeiterfrau.

Tbc. des Margo supraorbitalis.

Beide Eltern am Kehlkopf-Tbc. gestorben, ebenso ein Kind an „Abzehrung". Seit ½ Jahr Rötung und Schwellung über linkem Augenlid. Seit 2 Monaten spontan Eiterentleerung, ganze linke Stirnseite erscheint aufgetrieben, über Auge ulzerierende Stelle, die Eiter entleert. S.-R. neg. Erfolgreich operiert. In Heilung entlassen.

35. Anna N. 31 J.

Ca. vulvae.

Bemerkte seit 8 Monaten Knoten im linken Lab. maius, der bald verfiel. Der Arzt soll seinerzeit „Roseolen" festgestellt haben, und hat erfolglos antisyph. behandelt. Über das ganze Lab. maius zieht sich schmutzig belegtes Geschwür, das den Eindruck eines Gumma macht. Drüsenschwellung. S.-R. neg. Probeexzis. ergibt Plattenepithel-Ca. Operation. Bis jetzt (1½ Jahre) kein Rezidiv.

36. Karl H. 48 J. Landwirt.

Ulcus cruris syph.

Der poliklinisch behandelte Pat. trägt am linken Unterschenkel ein seit langem bestehendes Geschwür, das mit Fibula verwachsen scheint. Die Angaben des Pat. über eine Infektion sind ungenau, deuten aber auf eine solche hin. Die Diagnose lautet trotz neg. S.-R. auf Ulcus cruris syph. und antisyph. Behandlung führt langsam zur Heilung.

37. Alfred Sch. 36 J. Lagerhalter.

Gonitis chronic. syph.?

Vor 7 Jahren Syphilis. Vor 3 Monaten aufs Knie gefallen und seitdem Schmerzen. Der klinische Befund läßt Tbc. und Lues nicht sicher unterscheiden. Nach Anam.,

und da S.-R. pos., erscheint Lues am wahrscheinlichsten. Erfolg der eingeleiteten antisyph. Kur konnte nicht mehr konstatiert werden, da sich Pat. der Behandlung entzog.

38. Paul Sch. 17 J. Schreiber.

Spondylitis tbc.

Hereditär nichts Besonderes. Seit 1 Jahr Schwäche in den Beinen und Rückenschmerzen: jetzt Druckempfindlichkeit des 9. Brustwirbels. Der Nervenstatus deutet auf Spondylitis oder Scl. multipl. Auf Grund des Röntgenbildes entscheidet man sich für Spond. tbc. Das an sich schon unwahrscheinliche Gumma wird auf Grund der neg. S.-R. ausgeschlossen.

39. W. H. 31 J. Dentist.

Pat. klagt seit längerer Zeit über Magenbeschwerden, Erbrechen, Aufstoßen. Untersuchung und längere Beobachtung schließen organisches Leiden aus. Trotz neg. Anam. wird zugleich unter Berücksichtigung pos. S.-R. die Diagnose auf neurasthenische Magenbeschwerden mit luetischer Grundlage gestellt.

40. Karl R. 50 J. Restaurateur.

Ulcus antibr. gummosum.

Pat. hatte vor 35 Jahren Lues. S.-R. pos. Der klinische Befund stimmt hiermit überein, und die eingeleitete Jodkali-Behandlung bessert sichtlich.

41. G. v. F. 40 J.

Ca. des Mundbodens. Pat. hat ein durch Probeexzis. sicher gestelltes und inoperabeles Ca. des Mundbodens. S.-R. neg. Exitus.

42. Julius P. 50 J. Bäcker.

Pat. kam wegen Hernie in die Klinik. Wegen sonstigen Luesverdachtes wird S.-R. angestellt, die neg. ausfällt. Infektio negatur.

43. Anna M. 53 J.

Ulcus cruris.

Poliklinische Pat.

Anam. ergibt keinerlei Anhaltspunkte. Klinischer Befund läßt an luetische Ätiologie denken. S.-R. neg. Die histo-

logische Untersuchung schließt Ca. aus und hält Lues für wahrscheinlich, obwohl nicht sicher erwiesen. Blieb unentschieden.

44. Berta K. 31 J.

Ulcus cruris varic.

Poliklinisch behandelt. Nach dem klinischen Bilde einfaches Ulcus cruris varic. Neg. S.-R. bestätigt die Annahme, daß keine luetische Ätiologie.

45. Anton K. 62 J. Wirtschaftsbeamter.

Ca. auriculae.

Tumor am linken Ohrläppchen, der den Eindruck eines Ca. macht. Durch Probeexzision bestätigt.

S.-R. neg.

46. Eveline S. 38 J.

Fibro-sarcoma antibrachii.

Obwohl anamnestisch nichts Bestimmtes zu eruieren, weist eine gleichzeitig seit 13 Jahren bestehende Coxitis, die als luetisch angesprochen wird, sowie ein Leukoderm auf Lues. Bestätigt durch pos. S.-R.

Der Tumor des Unterarmes ist seit 8 Jahren aus Knoten entstanden, die mehrmals operiert wurden. Am Sternum Metastasen, die histologisch Sarkom ergaben. Operation ergibt sicheres Fibrosarkom. Bis jetzt (nach $1^1/_2$ Jahren) rezidivfrei.

47. Willi B. 20 J. Bureaugehilfe.

Muskelsarkom des Oberschenkels.

Anam. o. B.

Infektion bestimmt negiert. Pat. hatte mit 13 Jahren Schlingbeschwerden, nasale Sprache und Ohrenleiden. Vor einem Jahr wegen Keratitis parenchymatosa heredit. syphil. behandelt. Seit 4 Monaten Anschwellung des Oberschenkels, Tumor auf Knochen verschieblich. Metastasen am Unterschenkel, Drüsenschwellungen. S.-R. pos. Trotz Lues ist Gumma unwahrscheinlich. Probeexzision ergibt Rundzellensarkom. Operation. Heilung.

48. Anna F. 47 J. Zeitungsfrau.

Weichteil-Tbc. des Knies.

Tbc.-Anam. Infektio negatur. Seit 10 Wochen Schmerzen im linken Kniegelenk. Hier zeigt sich in der Klinik Schwellung und eine Fistel, die in die Gegend des Condylus internus tib. führt. S.-R. pos.

Probeexzision ergibt Tbc. Excochleation.

49. Luise H. 44 J.

Ca. recti inoperabile.

Seit 3 Monaten Stuhlverstopfung. Infektion verneint, unwahrscheinlich. Rektaluntersuchung führt auf kraterförmige Stenose oberhalb des Sphincter. S. R. neg.

Probeexzision: Ca.

Ungeheilt entlassen.

50. Anna G. 42 J.

Ca. d. colon. desc.

In Anam. Fehlgeburten, Apoplexie, Knochenverdickungen. Seit 2 Jahren Stuhlstörungen, Schmerzen im Leib und Abmagerung. Bei Palpation ist in linker Lumbalgegend deutliche Resistenz zu fühlen.

S.-R. neg.

Operation.

Histologisch Ca.

Postoperativer Ileus und Exitus.

51. Studiosus R. 23 J.

Gonarthritis hämorrhagica dext. traum.

Infolge Radunfalls Knieerguß.

S.-R., wie erwartet, neg.

Punktion und Heilung.

52. Franz G. 40 J. Werkmeister.

In Poliklinikbehandlung. Pat. zeigt einen scheinbar mit Rippen verwachsenen Tumor. S.-R. neg. Metastasen oder Drüsen nicht zu fühlen. Lues unwahrscheinlich. Entzieht sich weiterer Behandlung.

53. Marie K. 26 J. Küfersfrau.

Anschwellung am linken Schienbein, wahrscheinlich infolge Trauma. Lues unwahrscheinlich. S.-R. neg. Poliklinische Behandlung.

54. Valeska K. 31 J. Spinnarbeiterin.

Gummi antibr.

Anam. o. B. Seit einigen Wochen Geschwulst oberhalb des Handgelenks. Ob Tbc. oder Gumma klinisch nicht zu entscheiden. S.-R. pos. Operation.

Mikrosk.: Tbc. auszuschließen; sicheres Gumma.

55. Heinrich F. 54 J. Güterexpedient.

Ca. linguae.

Vater Tbc. gestorben. Pat. hatte „Ausschlag" im Gesicht. Lues negiert. Seit 2 Wochen harte Stelle in Zunge, die allmählich wund wurde. Kirschgroße Geschwulst unter linker Zungenhälfte. Keine Abgrenzung. Drüsen.

S.-R. neg. Probeexzision: Plattenepithel-Ca.

Operation. Mit relativ guter Prognose entlassen.

56. Paul R. 23 J. Schornsteinfeger.

Hodengangrän.

Vater lungenkrank.

Seit 2 Monaten schwillt linker Hoden und ulzeriert. Für Lues kein Anhalt. S.-R. neg. Bleibt unentschieden, da Pat. Operation verweigert und entlassen wird. Wahrscheinlich einfache traumatische Ätiologie.

57. Amalie B. 30 J. Kaufmannsfrau.

Einfaches Ulcus crur. varic. Lues unwahrscheinlich, was neg. S.-R. bestätigt.

58. Cölestine J. 43 J.

Chronische Entzündung der Zunge.

Anam. o. B. Seit 2 Wochen kleine Geschwulst am linken Zungenrand. Man sieht beetartige Erhebungen mit weißen Borken, wallartiger Rand, harte Konsistenz, keine Drüsen. Lues erscheint relativ wahrscheinlich, aber S.-R. neg.

Probeexzis. ergibt einfache chronische Entzündung. Entfernung eines spitzen Zahnes und Mundreinigung führen zur Heilung.

59. Karoline Sch. 50 J. Korbmacherfrau.

Gumma (?) sternocleidom.

Mann hatte Schanker, Pat. weiß nichts von Infektion. Ist aber schon einmal wegen „Gumma" am Halse operiert. Seit 5 Jahren an derselben Stelle wieder Knoten, apfelgroß, nicht sichere Fluktuation, nicht verschieblich. S.-R. pos. Diagnose: Gumma. Operation. Histologisch ist Gumma am wahrscheinlichsten, doch auch Tbc. nicht ausgeschlossen.

60. Hermann R. 54 J. Auszügler.

Tbc. linguae.

Anam. o. B. Seit $^1/_2$ Jahr kleines Geschwür an Zungenspitze, angeblich durch hohlen Zahn verursacht. Befund: An Zungenspitze und Unterfläche befindet sich je ein Geschwür, wallartiger Rand, unterminiert, gelblich belegter Geschwürsgrund. S.-R. neg. Probeexzis.: Tbc. Operation und Heilung.

61. Taube W. 29 J. Schneidersfrau.

Osteomyelitis ulnae.

Anam. o. B. Seit 3 Wochen rheumatische Schmerzen im rechten Unterarm, dazu zeitweise Schüttelfrost und Fieber, starke Schmerzen, Unterarm ist spindelförmig geschwollen, Haut gespannt, Druckempfindlichkeit, Motilität uneingeschränkt, klinisch erscheint Osteomyelitis am wahrscheinlichsten. S.-R. neg.

Röntgen zeigt periostale Wucherungen.

Diagnose durch Operation und Eiterkultur bestätigt.

62. Max E. 38 J. Artist.

Vor 2 Jahren Syphilis, jetzt Dolores osteocopi im Schienbein. S.-R., wie erwartet, pos.

63. Susanne B. 70 J.

Ca. antri Highmori.

Anam. o. B. Seit $^1/_2$ Jahr erbsengroße Blase in rechter Gaumenseite, die ulcerierte und wuchs. Schmerz beim Kauen. Gewichtsabnahme. Klinische Diagnose: Ca. oder Gumma. S.-R. neg., daher wird Gumma ausgeschlossen. Probeexzis: Ca.

Resectio maxillae; vorläufige Heilung.

64. Katharine K. 72 J. Auszüglerin.

Nach Überfahrung vor einem Jahr mehrere Ulcera cruris. S.-R. neg. Heilung unter Salbenverbänden.

65. Marta L.

Wegen Proktitis gonorrhoica in Behandlung. Keine Luesanamnese. S.-R. neg.

66. Erna L. Tochter von 65 und wegen Luesverdachtes bei Mutter serologisch mit untersucht. S.-R. neg.

67. Bertold L. 61 J. Bäcker.

Orchitis luetica duplex.

Vor 40 Jahren Schanker, nie behandelt. Vor 15 Jahren Drüsenschwellung, die auf Hg-Einreibung zurückging. Vor 5 Jahren Gonorrhoe. Seit $1^1/_2$ Jahr Schwellung beider Hoden, seit 10 Tagen Erweichung rechtsseitig, Perforation und Eiterentleerung.

Der klinische Befund entspricht völlig der luetischen Orchitis. S.-R. pos. Ablatio test. dext. et sin. Heilung.

68. Robert P. 49 J. Arbeiter.

Ulcera Tbc. perinei.

Anam. o. B. Vor 5 Jahren kleiner Karbunkel am After, seit 1 Jahr näßte die Stelle wieder. Befund: Flaches Geschwür im Halbkreis um Anus, scharfe, nicht unterminierte Ränder, in der Umgebung 4 weitere ebensolche Geschwüre. S.-R. neg. Histologisch: Tbc. Operation, Heilung.

69. Anton P. 53 J. Auszügler.

Sarc. colli inoperabile.

Seit $^1/_2$ Jahr an linker Halsseite kirschgroßer Tumor, jetzt zu Größe eines Kindskopfes gewachsen. Klinische Diagnose lautet zunächst: Branchiogenes Ca. S.-R. neg. Probeexzis. zeigt Sarkom.

70. Wladislaus K. 30 J.

Hemiplegia luetica.

Infektio negatur. Hat beiderseits über Tibia luetische Narben. S.-R. pos. So wird die Hemiplegie als sicher luetisch gedeutet. Erfolg etwaiger antisyphilitischer Behandlung nicht anzugeben, da sich Pat. nicht weiter behandeln ließ.

71. Emilie N. 20 J. Dienstmädchen.

Poliklinisch. Hat Ulcus der Tonsille, das zunächst für Lues angesprochen wird. S.-R. neg. Wird der Hautklinik überwiesen, die feststellt, daß es sich nicht um Lues handelt. Diagnose ungeklärt.

72. Johannes M. 55 J.

Hepatitis interst. luetica.

Hatte 1870 Syphilis. Lingua geographica. Kommt wegen Leberleidens in die Klinik, wo Diagnose Hepatitis interstitialis luetica gestellt wird, nachdem auch S.-R. pos. Besserung durch antisyphilitische Behandlung.

73. Wilhelm Sch. 21 J. Arbeiter.

Pat., dessen Anam. o. B. zeigt das Bild der Banti'schen Krankheit. S.-R. neg. Splenektomie. Heilung.

74. Otto V. 37 J. Schmied.

Infectio negatur. Kommt wegen Leberleidens, mit dem Bilde der Hepatitis interst. Annahme luetischer Ätiologie, an die schon verschiedene Ulcera faciei denken lassen, wird durch pos. S.-R. gestützt.

75. Pauline Sch. 45 J. Schlosserfrau.

Poliklinische Pat. mit Tumor am Hinterhaupt, der als Gumma diagnostiziert wird. Anam. neg.

S.-R. pos. Rückgang auf Jodkali.

76. Anna K. 25 J. Arbeiterfrau.

Tumor über der 3. Rippe, der zunächst als Gumma imponiert. S.-R. neg. Bei der Operation erweist sich der Tumor als Tbc. der Rippe.

77. Marta P. 46 J. Schneidersfrau.

Scheinbarer Halsdrüsentumor. Obgleich Anam. neg., S.-R. pos. Diagnose: Gumma des Sternocleidom. Rückgang auf Jodkali.

78. Johann W. 36 J. Maurer.

Ulcus cruris luetic.

Eltern und 2 Geschwister des Pat. an Tbc. gestorben. Anam. sonst o. B. Infectio negatur. Seit 9 Jahren kleines Geschwür am l. Unterschenkel, daß sich in der letzten Zeit vergrößerte bis über die ganze Hälfte des Unterschenkels.

Ist unterminiert, starker Foetor. Neben Geschwür auf Fußrücken mehrere wallnußgroße Tumoren. Probeexzis.: chronische Hyperblasie, nichts von Tbc.

S.-R. pos.

Diagnose: Lues. Wegen gleichzeitiger Elephantiasis Amputatio femoris. Exitus nach 14 Tagen infolge Herzschwäche.

79. Emma B. 15 J.

Tumor humeri (Lues).

Kommt mit Tumor des Oberarms, der auf Trauma zurückgeführt wird. Sonst Anam. o. B. Der linke Oberarm ist im unteren Drittel spindelförmig aufgetrieben, knochenharte Geschwulst, die mit Knochen fest verwachsen.

S.-R. pos.

Probeexzis. ergibt stellenweise osteoplastische Periostitis. Das Röntgenbild zeigt Knochenlues. Besserung unter Jodkali.

80. Emma J. 19 J. Amme.

Luesverdacht. S.-R. neg., späterhin zeigten sich keine Erscheinungen von Lues.

81. Pauline P. 42 J. Arbeiterfrau.

Geschwulst am Sternum, die für Gumma spricht, aber auch tuberkulöser Prozeß sein kann. S.-R. pos. Probepunktion erfolglos. Im weiteren Verlauf wurde Diagnose Gumma gesichert.

82. Ernst H. 43 J.

Einfaches Ulcus cruris. S.-R. neg. Heilt unter Verband.

83. Albertine J. 59 J.

Poliklinisch behandeltes Ulc. crur. var.

S.-R. neg.

Heilt unter Salbenverband.

84. Anna M. 60 J.

Poliklinisch. Geschwürige Wunde an der Schläfe, die zunächst als Gumma imponiert. S.-R. neg. Heilt unter Verbandbehandlung.

85. August H. 55 J. Landschütz.

Nicht ulzerierender Zungentumor. S.-R. neg. Erweist sich als Dermoid.

86. Else Sch. 22 J. Monteurstochter.

Tumor der Brust, der von der 11. Rippe auszugehen scheint. S.-R. neg. Erweist sich bei Operation als Fibrom des Musc. pect. mai.

87. August W. 37 J. Hotelier.

Wegen Lingua geographica S.-R. angestellt, die neg. Resultat hat.

88. Leopold O. 17 J. Arbeiter.

Spina ventosa.

Keine Tbc.-Anam. Seit $^1/_2$ Jahr ohne Ursache zunehmende Schwellung des r. Ringfingers, welcher bald eine ebensolche des Zeigefingers folgte. Keine Schmerzen. Befund: Spindelförmige Auftreibung der erwähnten Finger, teils knochenhart, teils fluktuierend. S.-R. neg. Trotz im Röntgenbild sichtbarer leichter Usur der Gelenkflächen lautet die Diagnose bei dem allgemeinen Befunde: Enchondrome. Operation und histologische Untersuchung ergeben Tbc. Heilung.

89. Josepha Sz. 45 J. Arbeiterfrau.

Ca. lab. sup.

Hatte vor 16 Jahren einen „Ausschlag". Vor 9 Jahren kleine Geschwulst in Oberlippe, die wieder verfiel. Seit 1 Jahre von neuem Geschwür an derselben Stelle. Ulzerierender Tumor vom Bilde des Ca. S.-R. neg. Operation. Histologisch: Plattenepithel-Ca.

90. Artur Sch. 10 J.

An Außenseite des r. Unterschenkels druckempfindliche Anschwellung. Zusammenhang mit Knochen nicht festzustellen. Zunächst scheinen Osteomyelitis oder langsam wachsendes Sarkom am wahrscheinlichsten. S.-R. neg.

Operation ergibt Muskelangiom der Peronaei.

91. Anton G. 48 J. Arbeiter.

Seit 5 Monaten wachsende Geschwulst an der Oberlippe, die zunächst als Ca. imponiert und operiert wird. S.-R. neg. Histologisch Ca.

92. Rifke R. Frau. 37 J.

Tibiagummi.

Keine Luesanamnese. Seit einiger Zeit Steifigkeit und Schmerzen im linken Handgelenk und linken Unterschenkel. Das linke Radiusende ist verdickt. An der Vorderseite der l. Tibia eine handtellergroße Stelle, welche Schwellung, Rötung, Druckempfindlichkeit und Fluktuation zeigt. Im Röntgenbild periostale Wucherungen. Diagnose: „Gummi", durch pos. S.-R. gestützt. Operation. Histologisch gleichfalls Gummi. Jodkalitherapie. Heilung.

93. Anna H. 33 J. Landarbeiterin.

Luetische Ostitis-Periostitis.

Vor 7 Jahren Totgeburt. Lues bestritten. Vor 2 Jahren Fieber und Schmerzen im l. Schienbein, besonders nachts. Jetzt in ganzer Ausdehnung aufgetriebene Tibia, Haut ödematös. Im Röntgenbilde Verkrümmung. Diagnose: Luetische Knochenerkrankung. S.-R. pos. Unter Jodkali Rückgang.

94. Karl Sp. 46 J.

Pat. zeigt das klinische Bild der Fußgelenk-Tbc. S.-R. neg.

95. Karl S. 28 J.

Knieerguß, der auf Trauma zurückgeführt wird. Sowohl Punktat wie Blut zeigen neg. S.-R. Diagnose: Gonarthritis hämorrh. traum.

96. Paul S. 57 J.

Ulzerierendes Geschwür am Daumen, Anzeichen für Lues fehlen. S.-R. neg. Probeexzis. ergibt Spindelzellensarkom.

Am Schlusse der vorstehenden Abhandlung angelangt, erlaube ich mir, Herrn Medizinalrat Prof. Dr. Küttner für die liebenswürdige Übernahme des Referates und Herrn Privatdozent Dr. Coenen für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Lebenslauf.

Verfasser der vorstehenden Arbeit wurde am 5. Juli 1885 zu Soden a/Taunus als Sohn des Geh. Sanitätsrat Dr. O. Thilenius geboren. Er ist evangelisch und preußischer Staatsangehöriger. In den letzten Jahren seiner Schulzeit besuchte er die Königliche Klosterschule Ilfeld, die er Ostern 1905 mit dem Reifezeugnis verließ.

Er begann seine Studien in Marburg, wo er die ersten drei Semester und das fünfte Semester verbrachte und 1907 die ärztliche Vorprüfung bestand. Im vierten Semester studierte er in Göttingen, im sechsten in Berlin, im siebenten in Lausanne, die letzten drei Semester in Breslau, wo er 1910 die ärztliche Prüfung ablegte.

Seine Lehrer, denen er sich zu großem Danke verpflichtet fühlt, waren:

In Marburg: *Disse, Fries, Gasser, Korschelt, Kutscher, Meyer, Richarz, Schenck, Zincke, Zumstein †.*

In Göttingen: *Merkel, Kallius, Verworn, Wallach.*

In Berlin: *Bumm, Burghart, Goldscheider, v. Hansemann, Hildebrand, Jolly, Kraus, Lewin, Michaelis, Mohr, Pels-Leusden, Richter.*

In Lausanne: *Bourget, Chester, Dufour, Galli-Valerio, Muret, Rossier, Roux, Stilling.*

In Breslau: *Biberfeld, Bittorf, Bonhoeffer, Coenen, Cramer, Czerny, Danielsen, Filehne, Fraenkel, Hannes, Hasse, Hinsberg, Klaatsch, Küstner, Küttner, Mann, Minkowski, Müller, Neisser, Pfeiffer, Ponfick, Stern, v. Strümpell, Uhlhoff, Voigt.*

Und in Dankbarkeit sei auch gedacht der klinischen Lehrer außerhalb der Universitäten: *Lenhartz †*-Hamburg, *Snell*-Lüneburg, *Burghart*-Berlin und *Fischer*-Frankfurt.